

**KLIINISEN ETIIKAN TUKIPALVELUT JA NIIDEN  
HYÖDYNTÄMINEN TERVEYDENHUOLLON  
ORGANISAATIOIDEN PÄÄTÖKSENTEOSSA**

---

*kirjallisuuskatsaus*

Juusola Kristian  
Terveystieteiden laitos  
Hoitotiede  
ProGradu tutkielma  
Ohjaaja Helvi Kyngäs  
Oulun yliopisto  
06/2020

Oulun yliopisto

LTK, Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö/hoitotieteen tutkinto-ohjelma.

## TIIVISTELMÄ

Kristian Juusola:

Kliinisen etiikan tukipalvelut ja niiden hyödyntäminen terveydenhuollon organisaatioiden päätöksenteossa; kirjallisuuskatsaus

Pro gradu tutkielma: 35 sivua

Kesäkuu 2020

Tämä tutkimus pyrkii selvittämään tieteellisissä lehdissä julkaistuista artikkeleista millaisia kliinisen etiikan tukipalveluita on käytössä ja miten terveydenhuollon organisaatiot hyödyntävät niiden toimintaa päätöksenteko prosesseissa. Katsauksen tuottamaa tietoa voidaan jatkossa hyödyntää Suomessa edesauttamalla terveydenhuollon organisaatioita luomaan eettisesti kestävää toimintaa. Toisena henkilökohtaisena tavoitteena on asettaa näyttö käyttöön ja hyödyntää tietoa pilotti projektissa yliopistollisen sairaalan lastenkliniikalla toimivan kliinisen etiikan työryhmän toiminnassa.

Tutkimus on integratiivinen kirjallisuuskatsaus. Aineisto kerättiin systemaattisesti terveydenhuollon tieteellisiä artikkeleita sisältävistä tietokannoista. Hakuja suoritettiin seuraavista tietokannoista: Cinahl, Ovid/Medline ja ProQuest-PsycINFO. Haku tuotti yhteensä 1234 artikkelia, joista 297 analysoitiin lukemalla ne kokonaisuudessaan. Kokotekstin lukemisen jälkeen jäi kaksitoista artikkelia, joista lopulliseen analyysiin valikoitui kuusi. Artikkelit taulukoitiin ja tiedot analysoitiin sisällön analyysin periaatteella yhdistelemällä samansisältöisiä asioita toisiinsa.

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että kliinisen etiikan tukipalveluita on käytössä enenevässä määrin globaalisti, kuhunkin kulttuuriin sopivaksi muovautuneina versioina. Keskeisimpiä kliinisen etiikan tukipalveluiden muotoja ovat; erilaiset kliinisen etiikan komiteat, autoritääriinen bioetikko malli, fasilitoitu tapauskäsittely malli ja eettinen kierto-malli, jotka molemmat edustavat moniammatillista konsensus hakuista toimintaa, sekä viimeisenä organisaatioiden luomat strukturaaliset toimintamallit, missä on määritelty ohjeistus eettisen toiminnan muodostamisesta ja tavoitteista.

Kliinisen etiikan tukipalveluiden hyödyntäminen on tukipalvelujen tapaan myös hyvin kulttuurisidonaista. Suurin ero on Pohjois-Amerikan autoritäärisen bioetikko ja Euroopan moniammatillisen fasilitoidun keskustelu metodin välillä. Saman kaltaista vaihtelua on nähtävissä myös organisatoorien toimintamallien sovelluksissa. Tukipalveluja hyödynnetään terveydenhuollon organisaatioissa eniten haasteellisten potilastapausten käsittelyssä, hoitolinjausten päätöksenteossa. Lisäksi voidaan todeta johtopäätöksenä, että terveydenhuollossa on selkeä tarve tukea ammattilaisia heidän työssään haasteellisten potilastapausten hallinnassa, ilman organisaation luomaa eettistä tukea tämä voi johtaa moraalisen taakan lisääntymiseen.

**Avainsanat:** etiikka, päätöksenteko, päätöksenteon tukijärjestelmät

University of Oulu  
Faculty of Medicine, Research Unit of Nursing Science and Health Management  
Nursing Science/Health Management Science

## ABSTRACT

Kristian Juusola:

Clinical ethics support services and how healthcare organisations use these support services in their decision-making processes; literature review

Pro Gradu Thesis: 35 pages  
June 2020

This study aims to find out from the articles published in the scientific journals what clinical ethics support services are in place and how healthcare organisations use these support services in their decision-making processes. The information generated by the review can be used in Finland in the future by contributing to the creation of ethically sustainable activities by healthcare organisations. Another, a personal objective, is to utilise this information as evidence based practise with a pilot project of a clinical ethics working group activities at a University Hospital Children's Clinic.

This research is an integrative literature review. The data was systematically collected from databases containing scientific articles on health care. Searches were conducted in the following databases: Cinahl, Ovid/Medline and ProQuest-PsycINFO. The search produced a total of 1,234 publications, of which 297 were analysed by reading them in full. Twelve articles that met the admission criteria were found, of which six articles were selected for the final analysis. The articles were tabulated and the data analyzed using the content analysis principles by combining things with the same content.

The results of the study show that clinical ethics support services are increasingly available globally, in various culturally adapted versions. The most central forms of clinical ethics support services are; variable clinical ethics committees, an authoritative bioethic model, a facilitated case deliberation model and an ethics round model, both of which represent a multi-professional team seeking consensus through dialog, and lastly structured approaches created by organisations, with a guidance on the formation and objectives of ethical activities.

Like the different forms of support services, their utilisation is also culturally modified and variable. The main difference is within the north American authoritative bioethicist and the multi-professional deliberative method in Europe. Similar variations can also be seen in the organisational application approaches.

Support services are being provided in healthcare organisations to deal with the most challenging patient cases, especially in the decision-making concerning treatment options. It can also be concluded that there is a clear need for healthcare to support professionals in their work in managing challenging patient cases. Without the ethical support of the organisation, this can lead to an increase in moral burden.

**Keywords:** ethics, decision-making, clinical ethics support services

# SISÄLTÖ

Tiivistelmä

Abstract

<b>JOHDANTO .....</b>	<b>1</b>
<b>TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA.....</b>	<b>3</b>
<b>KLIININEN ETIIKKA JA PÄÄTÖKSENTEKO .....</b>	<b>6</b>
<b>TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE.....</b>	<b>7</b>
TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	7
<b>KIRJALLISUUSKATSAUKSEN METODOLOGIA JA TOTEUTUS.....</b>	<b>8</b>
AINEISTON KERUU .....	9
AINEISTON ANALYYSI .....	12
<b>TUTKIMUKSEN TULOKSET .....</b>	<b>13</b>
KLIINISEN ETIIKAN TUKIPALVELUT .....	19
TUKIPALVELUJEN HYÖDYNTÄMIEN TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOISSA.....	20
<b>POHDINTA.....</b>	<b>22</b>
<b>TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA .....</b>	<b>25</b>
<b>JOHTOPÄÄTÖKSET .....</b>	<b>27</b>
<b>JATKOTUTKIMUS- JA JATKKEHITTÄMISEHDOTUKSET .....</b>	<b>29</b>
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>30</b>

## JOHDANTO

Terveysthuollon toimiala on maailmanlaajuisesti yhteinen toimintakenttä. Maapallon kaikki ihmiset voivat sairastua ja sairaudet vaativat hoitoa. Kansainvälisesti tarkasteltuna Suomen tervetysthuolto on hyvin organisoitua ja kustannustehokasta. Suomen tervetysthuoltomenojen bruttokansantuotesuhde on kansainvälisessä vertailussa Pohjoismaiden alhaisin (9,0%), kun vertailua laajennetaan koko maailmaan niin eniten menoja on USA:lla (16,9%) ja muut euroopan suurmaat ovat kaikki yli (10%) tasolla. (THL 2015) Jokaisella maalla, kuten Suomellakin on tervetysthuollolla oma toimintakulttuuri. Kansakunnan historia ja omat toimintatavat vaikuttavat tähän toimintaan ja aikojen saatossa tervetysthuollon toiminta on kehittynyt oman kulttuurin mukaiseksi. Tervetysthuollon toiminta ympäristö on kokenut viime vuosikymmenen kuluessa ison kulttuurimuutoksen. Olosuhteet, asenteet, potilaan asema ja käytettävissä oleva tieto on lisännyt vaatimuksia annettavalle hoidolle, etenkin eettiset ongelmat ovat lisääntyneet. (Kuokkanen ym. 2010.) Tavoite on kuitenkin aina sama; potilaan hyvä, parantava hoito. On moraalisesti oikein hoitaa sairaita ja tehdä se mahdollisimman hyvin. (Jameton cop. 1984.) Sairaanhoidajan ja lääkärin ammatti sisältää kädentaitojen ja ammatillisen osaamisen lisäksi myös monimuotoista kommunikaatiota eri tahojen välillä. Keskiössä on potilas ja hänen hyvä hoito. Hyvän hoidon käsite on alati muuttuva ja kehittyvä, jonka painopiste on paitsi lopputuloksessa, niin enenevässä määrin sen tulee olla eettisesti kestäväällä pohjalla olevaa toimintaa. (Jameton cop. 1984.) Potilaan hoito pitää sisällään sekä sairaanhoidajan, että lääkärin ammatillisen työpanoksen, käytän tässä tutkimuksessa siitä yleisnimitystä *hoitotyö*. Työssään sairaanhoidaja ja lääkäri kohtaavat haasteellisia tilanteita päivittäin, on tehtävä valintoja, joista usein molemmat vaihtoehdot ovat jollain tavalla epäsuotuisia. Päätös vaatii eettistä pohdintaa. Sairaanhoidajat ja lääkärit ovat saaneet ohjausta ja opetusta, kuinka näitä päätöksiä tulisi tehdä. Molempia ammatteja säätelee oma ammatillinen etiikka. (Suomen lääkäriliitto 2013, Sairaanhoidajaliitto 2016.)

Hoitaminen on moraalista työtä. Hoitaminen pitää sisällään useita eettisiä arvoja, jotka voivat olla ristiriidassa keskenään päätöksen teossa, nämä alueet ovat lueteltuina sekä lääkärin, että sairaanhoidajien eettisissä ohjeissa; potilaan hyväksi toimiminen, vanhingoittamisen välttäminen, potilaan oikeus, uskollisuus, totuudenmukaisuus,

itseäänmäärämis-oikeus / autonomia. (Bandman & Bandman 1995.) Hoidosta saattaa olla erimielisyyttä sairaanhoitajien tai sairaanhoitajan ja muiden ammattiryhmien kesken (Dewolf Bosek 2009). Kyse on siitä, mitä pidetään potilaan hyvänä ja turvallisena hoitona. Hierarkia ja valtasuhteet eri ammattiryhmien välillä saattavat vaikuttaa siihen, miten hoidosta päätetään ja kuinka yksimielisiä eri ammattiryhmät päätöksenteossa ovat. Heidän keskinäinen vuorovaikutus on hyvän hoidon onnistumisen kannalta tärkeässä roolissa. Molemmat ammattiryhmät kommunikoivat potilaan kanssa sekä yhdessä, että erikseen omilla tahoillaan hoidon eri vaiheissa. (Cohen & Erickson 2006, Jones *ym.* 2013.) Hoitovalintoja tehdessään hoitotyön ammattilaista auttaa ja tukee oma ammatillinen osaaminen ja työkokemus, sekä eettinen arvomaailma (Barthow *ym.* 2009). Työssään hoitotyön ammattilainen ajattelee aina potilasta ja kuinka häntä voitaisiin parhaiten auttaa. Potilaan parhaaksi toimiminen edellyttää, että lääkärit ja sairaanhoitajat onnistuvat hyödyntämään omia erityisosaamisen alueitaan (tietonsa, taitonsa ja eettiset velvollisuutensa) ja tämän lisäksi heidän tulee toimia läheisessä yhteistyössä toistensa kanssa. Vain näin toimien voidaan varmistaa, että potilaat saavat tarvitsemaansa hoitoa, parhaalla mahdollisella tavalla. (Storch & Kenny 2007.) Kokonaisvaltainen, hyvä hoitoprosessi on useiden tekijöiden summa. Tähän liittyy potilaan ja hänen omaistensa kokemukset, mutta myös hoitotyön ammattilaisten odotukset ja näkemykset hoidosta. (Kiernan *ym.* 2010, Dix *ym.* 2012.) Lisääntynyt potilaiden hoitoisuus, potilaiden omat odotukset hoidosta ja terveydenhuollon teknologiset saavutukset asettavat jatkuvan haasteen hoitajien ammattitason ylläpitämiseksi. Kaikki edellä mainitut lisäävät hoitotyön vaativuutta ja ovat osaltaan myös mahdollisia stressin aiheuttajia. (Barnard *ym.* 2006.) Hyvään hoitoon kuuluu tyytyväinen potilas (Lis *ym.* 2009). Asiakastyytyväisyys syntyy potilaan omien odotuksien ja kokemusten vertailun tuloksena. Kokemusten muodostumiseen vaikuttavat olennaisesti henkilöstön käyttäytyminen ja toiminta. (Sulmasy & McIlvane 2002.)

Kliiniset etiikan tukipalvelut voivat auttaa hoitotyön eettisessä päätöksenteossa. Tukipalvelujen olemassaoloa ei kuitenkaan ole systemaattisesti kartoitettu. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää tieteellisissä lehdissä julkaistuista artikkeleista millaisia kliinisen etiikan tukipalveluita on ja miten terveydenhuollon organisaatiot hyödyntävät niiden toimintaa hoitotyön kliinisissä päätöksentekoprosesseissa.

## TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA

Etiikka koskettaa meitä kaikkia. Sen kehitys on lähtöisin 400 vuotta ennen ajanlaskua, jolloin mm. Sokrates, Platon ja Aristoteles puhuivat aiheesta filosofoiden. Etiikka-sana on lähtöisin kreikankielen termistä *ethos*, joka tarkoittaa tapaa, ensisijaisesti hyväksyttyä tapaa. Moraali-sanana pohjana on latinalainen sana *mos*, monikko *mores*, joka merkitsee tekoa tai tekotapaa. Etiikka- ja moraali-sanat ovat hyvin läheisesti toistensa kaltaisia, osin synonyymejä. Tässä tutkimuksessa kuitenkin etiikka-sana viittaa enemmän ammatilliseen, viralliseen ja teoreettiseen käsitteeseen. Moraali-sanana käyttö kuvaa henkilökohtaisempaa, yksilön omaa, epävirallista ja käytännön toiminnan käsitettä. Yleisesti kirjallisuudessa ja keskusteluissa molemmat sanat ovat käytössä yhdessä ja erikseen, usein tarkoittaen samoja asioita. (Jameton cop. 1984.)

Aristoteleen huomion mukaisesti etiikka on käytännön tiedettä. Se on käytännön tiede kahdella eri tavalla; ensiksikin etiikka tulee juurruttaa osaksi käytännön työtä ja toiseksi, sen tulee auttaa meitä tekemään harkittuja valintoja, joiden avulla me kykenemme tehokkaasti käsittelemään elämän todellisia ongelmia. (Thompson ym. 2000.)

Etiikka ja sen tutkimus kuuluvat filosofian tieteenalaan. Filosofinen etiikka tarkastelee kriittisesti ihmisten elämään liittyviä kysymyksiä ja hakee rationaalisia ja johdonmukaisia perusteluja eettisille teorioille ja väitteille. Ei riitä, että sanotaan miten pitäisi elää vaan pitää myös perustella miksi pitäisi elää tietyllä tavalla. Yhteiskunnallisesti puhuttaessa etiikasta, mieleen tulevat ihmisten tavat, ajatukset ja teot, jotka kohdistuvat toisiin ihmisiin. Mitä ovat arvot ja moraali, joka johdattavat meitä valinnoissamme. Mikä ohjaa meitä käyttäytymään tavalla miten toimimme ja miksi teemme, mitä teemme? Yhteiskuntamme muuttuu nopeasti. Nykyaikaa leimaa jatkuva muutosprosessi, moderni kehitys ja viime aikoina on myös lisääntynyt paluu vanhoihin, perinteisiin arvoihin. Etiikka ja moraali ovat enenevässä määrin esillä arjen toiminnoissa. Yhteiskunnassa tarvitaan jatkuvaa keskustelua terveydenhuollon yhteisestä eettisestä perustasta (ETENE 2011).

Yleisimmät moraaliteoriat edustavat karkeasti kolmea ryhmää: hyve-etiikkaa, hyötyetiikkaa ja velvollisuusetiikkaa. Lääkärin työssä ja yleensä hoitoalalla esille tulevat

moraalikäsitykset ja eettiset periaatteet edustavat kiinnostavalla tavalla etiikan kaikkia kolmea perussuuntausta (Suomen lääkäriliitto 2013). Potilaan hoidossa lääkäri / hoitaja on työssään velvoitettu toimimaan eettisesti ja moraalisesti oikein. ”Toiminnan tasolla eettisyys konkretisoituu tekoina; työntekijän tahtona ja uskalluksena tehdä hyvää ja sitoutua eettisiin arvoihin ja periaatteisiin.” (Lääkäriliitto 2014, Suomen lähi- ja perushoitajaliitto 2019.)

Hoitajan toimintaa on ohjeistettu koulutuksen aikana ja mm. sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa ohjeet jaotellaan erikseen eri osa-alueisiin: Potilas, työ- ja ammattitaito, työtoverit, yhteiskunta, sekä ammattikunta. ”Sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitaja auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoitaja palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Ihmisiä hoitaessaan hän pyrkii tukemaan ja lisäämään heidän omia voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämänsä laatua.”(Sairaanhoitajaliitto 2016.)

Tämän lisäksi sairaanhoitajaa velvoittaa vielä Sairaanhoitajan vala: "Lupaan, että vakaa ja vilpittömän tahtoni on sairaanhoitajan toiminta harjoittaessani parhaan kykyni ja ymmärrykseni mukaan täyttää ne velvollisuudet, jotka minulle sairaanhoitajana kuuluvat, ja pitää aina mielessäni sairaanhoitajan työn korkeat ihanteet" (Sairaanhoitajakoulujen ja -opistojen johtajattarien kirjoittama vala ,1958). Hoitaja on vastuussa potilaan hyvästä hoidosta, ei arvostele potilasta, eikä aseta potilaita eri järjestykseen mieltymystensä perusteella. Hän kohtelee jokaista tasavertaisena, arvokkaana ihmisenä, kunnioittaen heitä, ymmärtäen, että heillä on omat arvot ja vakaumukset ja tavat. Potilaan hoito on samalla hänen asianajajanaan toimimista. Hoitaja ammattitaidollaan varmistaa, että potilas saa asianmukaista hoitoa, ellei potilas itse mahdollisesti osaa vaatia tätä. Potilaan asiat pysyvät hoitajalla salassa ja yksityisyyden suoja ei rikota. Hoitajan ja potilaan välillä on luottamuksellinen suhde, joka perustuu hyvään vuorovaikutukseen. (Sairaanhoitajaliitto 2016.)

Hoitaja hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta



asemasta. (Sairaanhoitajaliitto 2016.)

Hoitaja ja lääkärin tulee ylläpitää ammattitaitoaan, olla vastuussa tekemästään työstä ja siihen liittyvistä valinnoista, sekä varmistaa että hoitotyön laatu pysyy mahdollisimman hyvänä. Hänen tulee jatkuvasti arvioida omaa ja myös kollegoidensa ammattitaitoa. Työtoverit ovat tärkeä voimavara hoitajan ammatissa. He kannustavat, tukevat ja auttavat jokapäiväisissä tehtävissä. Kollegoiden tuki päätöksenteossa, työssä jaksamisessa ja ammatillisessa kehityksessä on tärkeää. Työssään hoitaja toimii muita kunnioittaen ja auttaen, noudattaen hyviä tapoja ja moraalia. Pyrkimys rakentamaan yhteistyöhön potilaan edun mukaisesti on suositeltavaa. Samalla hoitajan tulee valvoa ja ehkäistä, etteivät oman ammattikunnan jäsenet tai muut potilaan hoitoon osallistuvat toimi potilasta kohtaan epäeettisesti. (Lääkäriliitto 2014, Sairaanhoitajaliitto 2016.)

Sairaalassa, potilasosasto tasolla toimii moniammatillinen yhteistyö, joista välittömimmin yhdessä päivittäin työskentelevät sairaanhoitajat ja lääkärit. Heidän keskinäinen vuorovaikutus on potilashoidon kannalta tärkeässä roolissa. Tämä vuorovaikutus välittyy potilastyöhön. On tärkeää, että kommunikaatio on yhtenäistä ja johdonmukaista. Tämä lisää luotettavuutta, laatua ja poistaa pelkoja ja epävarmuustekijöitä. Tällaisia hankalia tilanteita, pelkoja ja epävarmuutta esiintyy toistuvasti osaston arjessa potilastyössä. Päivittäiseen työhön liittyy myös paljon kuormittavia tilanteita; vaikeita päätöksiä ja surutyötä. Tämän johdosta eettinen osaaminen korostuu. Eettiset dilemmat ovat yleistyneet ja ovat intensiivisempiä nykypäivän teknisessä ja rajallisin taloudellisten resurssien avulla toimivassa terveydenhuollossa. Henkilökunta tarvitsee taitoja, joiden avulla kykenee ratkaisemaan näitä eettisesti haastavia konflikteja. (Corley *ym.* 2005, Cohen & Erickson 2006, Schluter *ym.* 2008, Mukherjee *ym.* 2009.) On tärkeää pohtia miten eri tilanteet voitaisiin parhaiten ratkaista, jotta välttyttäisiin työtä haittaavilta konflikteilta (Schluter *ym.* 2008), mitkä osaltaan huonontavat työnlaatua ja vähentävät työssä viihtyvyyttä ja pysyvyyttä. (Oberle & Hughes 2001, Mukherjee *ym.* 2009.)

## Kliininen etiikka ja päätöksenteko

Kliinisessä työssään lääkäri ja sairaanhoitaja joutuvat siis aika ajoin vaikeiden eettisten haasteiden eteen. Ongelmat johtuvat tavallisesti siitä, että on useita hyvin perusteltuja eettisiä käsityksiä, periaatteita ja sääntöjä, jotka antavat kuitenkin ristiriitaisia ohjeita käytännön tilanteissa. Päätöksenteko kliinisissä hoitotilanteissa voi olla hyvin kompleksista, eikä ollenkaan yksiselitteistä. Ristiriitoja ei saada häviämään sillä tavalla, että hyväksytään jokin yksi ”oikea” teoria, josta sitten johdetaan keskenään sopusoinnussa olevia periaatteita ja sääntöjä – tämä ei käy siitä yksinkertaisesta syystä, ettei yhtä ainoaa ”oikeaa” teoriaa ole. (Suomen lääkäriliitto 2013.) Päätöksenteko ja vaikeiden tilanteiden hallinta keskellä kiireistä arkea onkin yksi suuri moraalista taakkaa aiheuttava tekijä hoitotyössä (Cohen & Erickson 2006).

Kirjallisuuden mukaan etiikka on varsin hiljattain muovautunut lähinnä teoreettisesta tieteenalasta enemmän käytäntöön suuntautuneiksi interventioiksi (kliinisen etiikan tukipalveluiksi), aiemmat tieteelliset julkaisut osoittavat terveydenhuollon ensimmäisten eettisten tukipalvelujen hyödyntämisen olleen Pohjois-Amerikassa 1970-luvun alussa (Hem *ym.* 2015), edelleen varsinaista empiiristä tutkimustietoa kliinisen etiikan tukipalveluista on suhteellisen vähän. Julkaisut ovat pääosin deskriptiivisiä raportteja toiminnasta, kuten tukimuotojen kehityksen historiaa ja miten organisaatioissa on asiat alun perin asetettu käytäntöön ja miten on operoitu. Toisaalta artikkelit kuvaavat eetikkojen ja eettisten toimikuntien omia kokemuksia käytännön työstä ja kliinisen etiikan soveltamisesta tai sisältävät näkökulmia eettisistä ydin arvoista suhteessa ammatinharjoittamiseen ja osaltaan kriittikkiä vallitsevista käytänteistä. (NSW Ministry of health 2015, Hem *ym.* 2015.) Tässä raportissa pyrin selkeyttämään käytössä olevia kliinisen etiikan tukimuotoja, joista on olemassa tieteellisissä lehdissä julkaisuja. Julkaisujen heterogeenisyyden ja aiheen uutuuden vuoksi varsinaisia empiirisiä tutkimuksia on olemassa varsin niukasti, mutta aiheesta löytyy raportteja tukitoiminnasta ja analyysia toimintojen vaikutuksista, joihin katsaukseni pääosin keskittyy, valaisten nykytilaa ja erilaisten tukimuotojen olemassoloa.

## TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää tieteellisissä lehdissä julkaistuista artikkeleista millaisia klinisen etiikan tukipalveluita on käytössä ja miten terveydenhuollon organisaatiot hyödyntävät niiden toimintaa hoitotyön klinisissä päätöksentekoprosesseissa. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää Suomessa terveydenhuollon päätöksentekoprosesseissa. Tavoitteena on hyödyntää saatua tietoa pilotti projektissa yliopistollisen sairaalan lastenlinikalla toimivan klinisen etiikan työryhmän toiminnassa. Projektin jälkeen saatua kokemusta ja tietoa on mahdollista hyödyntää klinisen etiikan tukipalveluiden yleistämisessä kattamaan koko maamme.

### Tutkimuskysymykset

1. Millaisia klinisen etiikan tukipalveluja on olemassa?
2. Miten klinisen etiikan tukipalveluja hyödynnetään terveydenhuollon organisaatioissa hoitotyön klinisissä päätöksentekoprosesseissa?

## KIRJALLISUUSKATSAUKSEN METODOLOGIA JA TOTEUTUS

Kirjallisuuskatsauksia on eri tyyppisiä. Tässä tutkimuksessa käytän integroitua kirjallisuuskatsausta, koska tutkimusaiheeni vuoksi saatavilla olevaa tieteellistä tutkimusta löytyi rajallinen määrä ja tutkimusmenetelmien kirjo oli monimuotoista, sen vuoksi integroiva menetelmä soveltui parhaiten tähän katsaukseen. (Khan *ym.* 2011, Pölkki *ym.* 2012.)

Tähän tutkimukseen halutaan ottaa mukaan eri menetelmillä tehtyjä artikkeleita. Katsauksen lopputulos yhdistää aikaisempia tutkimuksia ja tekee niistä yleisluonteisen yhteenvedon eli olemassa olevasta tiedosta luodaan synteesi. (Johansson *ym.* 2007.) Mukana olevat yksittäiset artikkelit ovat suuntautuneet samanlaisiin tai samankaltaisiin kysymyksen asetteluihin (Johansson *ym.* 2007, Khan *ym.* 2011). Kirjallisuuskatsaus on toistettavissa ja sen pyrkimyksenä on vähentää tutkimusprosessissa mahdollisesti tapahtuvaa harhaa, joka voi muuttaa tutkimustuloksia tai päätelmiä (Kääriäinen & Lahtinen 2006).

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusilmiöön tutustumista. Katsauksessa arvioidaan ja pohditaan valittuja tietolähteitä. Tavoitteena on yhdistää niistä johtopäätöksiin pyrkivä tiivistelmä. (Polit & Beck 2011.) Kirjallisuuskatsauksissa tulee kiinnittää huomiota valittujen tutkimusten laatuun, jolloin tutkimuksen luotettavuus lisääntyy. Laadulla tarkoitetaan valittujen tutkimusten ja niissä käytettyjen menetelmien laatua ja sovellettavuutta. (Khan *ym.* 2011.) Hakuprosessi tulee olla huolellisesti suunniteltu ja toteutettu.

Työprosessi kirjallisuuskatsauksessa eteni vaiheittain; katsauksen suunnittelu, katsauksen tekeminen ja katsauksen raportointi. Katsauksen tekeminen puolestaan yleensä sisältää viisi vaihetta; 1) Tutkimusongelman tunnistaminen ja muotoilu, 2) Aineiston kerääminen, 3) Aineiston arviointi, 4) Aineiston analyysi ja 5) Aineiston tulkinta ja tulosten esittäminen (Johansson *ym.* 2007). Tässä tutkimuksessa aineiston arviointi sen laadun arvioinnin osalta jätettiin pois, koska löydettyt artikkelit olivat erityyppisiä eikä niille ole yhteneväistä arviointi kriteeristöä. Katsauksen suunnittelun vaiheessa ja tutkimusongelmien tunnistamiseksi tein koehakuja eri tietokantoihin ja etsin aiempaa tutkimusta aiheesta. Koehakujen ja saamaani materiaaliin tutustuttuani kykenin määrittelemään katsauksen tutkimuskysymykset ja tekemään tutkimussuunnitelman.

## Aineiston keruu

### *Tietokannat ja hakusanat*

Aineisto kerättiin systemaattisesti erilaisista terveydenhuollon tieteellisiä artikkeleita sisältävistä tietokannoista. Tietoa haettiin seuraavista tietokannoista: Cinahl, Ovid/Medline ja ProQuest-PsycINFO. Medic tietokanta toimi ensisijaisesti käsitteiden ja hakutermien kartoituksessa, niitä hakutuloksia hyödynnettiin muodostettaessa hakusanoja muihin tietokantoihin. Hakusanoina käytettiin; Decision Making, Clinical OR Decision Making, Ethical OR Decision Making, Family OR Decision Making, Organizational OR Decision Making. Ethics, Organizational OR Ethics, Nursing OR Ethics, Medical OR Ethics, Professional. clinical ethic\*. Ethic\* AND support\* or committee\* or round\* or consultation\* or case review\* or deliberation\* or structure\* or group\* or forum\* or case reflection\* or consultant\*. (Taulukko 1.)

**TAULUKKO 1.** Hakusanat

<b>S1</b>	(MH "Decision Making, Clinical") OR (MH "Decision Making, Ethical") OR (MH "Decision Making, Family") OR (MH "Decision Making, Organizational") OR (MH "Decision Making") .
<b>S2</b>	decision making.

<b>S3</b>	(MH "Ethics, Organizational") OR (MH "Ethics, Nursing") OR (MH "Ethics, Medical") OR (MH "Ethics, Professional")
<b>S4</b>	clinical ethic*
<b>S5</b>	Ethic* AND ( support* or committee* or round* or consultation* or case review* or deliberation* or structure* or group* or forum* or case reflection* or consultant*)
<b>S6</b>	S1 or S2
<b>S7</b>	S3 or S4
<b>S8</b>	S5 AND S6 AND S7

Tiedonhaun yhteydessä hyödynnettiin lääketieteen kirjaston informaatikon apua. Hänen ammattitaitoaan hyödyntäen hakusanoja arvioitiin uudestaan tutkijan tekemien alustavien hakujen pohjalta. Avainsanoja yhdisteltiin boolean operaattori logiikan mukaisesti, eri tietokantojen vaatimalla tavalla, tässä vaiheessa informaatikon ammattitaito osoittautui erityisen hyödylliseksi. Myös manuaalista kirjallisuushakua hyödynnettiin löydettyjen tutkimusten lähdeluetteloita tarkastelemalla.

#### *Sisäänottokriteerit ja tiedon keruu*

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettavat alkuperäisartikkelit tulee täyttää asetetut sisäänotto- ja mahdolliset poissulku kriteerit. Kaikki sisäänottokriteerit määritellään ennen varsinaista valintaa ja niiden tulee perustua tutkimuksessa määriteltyyn tutkimusongelmaan (Johansson ym. 2007, Webb & Roe 2007, Khan ym. 2011).

Sisäänottokriteereinä olivat; 1) artikkeli on joko englannin tai suomen kielellä julkaistu, 2) julkaisu on vertaisarvioidussa lehdessä vuosina 2000-2016, mutta ei välttämättä tieteellinen peer-reviw artikkeli ja 3) se käsittelee kliinisen etiikan tukipalveluita, joiden toiminnan perusteena on tukea käytännön työssä tapahtuvia hoitotyön päätöksenteko prosesseja terveydenhuollon organisaation sisällä.

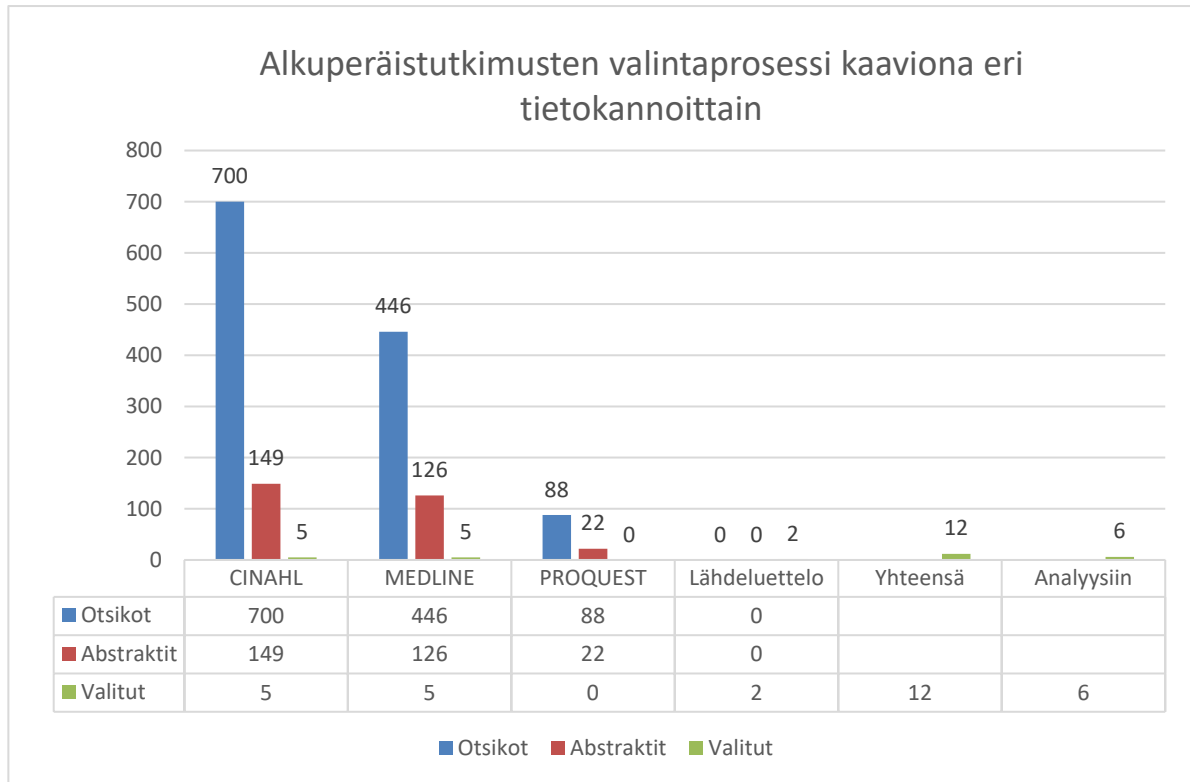
Hakuprosessi toteutettiin kahden tutkijan toimesta, informaatikon apua hyödyntäen.

Artikkelien valintaprosessi eteni kirjallisuuskatsauksen metodien mukaisesti, ensin valittiin mukaan kaikki sisäänottokriteerit täyttävät artikkelit otsikoiden perusteella. Niitä oli 1234. Otsikoiden tarkastuksen jälkeen luettiin abstraktit ja jäljelle jäi 297 sisäänottokriteerit täyttävää koko artikkelia. Kaikki 297 artikkelia luettiin tutkijan toimesta ja prosessin jälkeen lopulta sisäänottokriteerit täyttäviä artikkeleita oli kaksitoista.

Viimeisessä vaiheessa kaikki kaksitoista analysoitiin ja luettiin huolellisesti useaan kertaan. Tiedot artikkeleista taulukoitiin (data extraction) ja tämän prosessin aikana kävi ilmi, että vielä kuusi artikkelia seuloitui pois lopullisesta analyysistä, koska ne eivät täyttäneet sisäänottokriteereitä kaikilta osin. Yhden artikkelin aihe oli oikea, esitellen bioetikon roolia eettisen tuen tukimallina, mutta aineisto ja menetelmä eivät täyttäneet kriteereitä, ollen subjektiivinen näkemys omasta työnkuvasta. Yksi artikkeli paljastui review-artikkeliksi, mikä ei täten esitellyt mitään yhtä tukimuotoa tai metodologia eettisen tuen mallista. Kolme artikkelia olivat pohdintoja / kolumneja missä ei ollut varsinaista tutkimuskysymystä / metodologia ja viimeinen pois jätetty artikkeli käsitteli päätöksentekoprosessia eettiseltä näkökannalta esittelemättä kuitenkaan metodologia, pääpaino artikkelissa oli prosessin käytännön vaikutusten analyysissä. Tästä syystä lopulliseen analyysiin päätyi kuusi artikkelia.

Kaksi tutkijaa suoritti mukaan otettavien artikkelien valintaprosessin ensin itsenäisesti ja tuloksia veraattiin toisiinsa. Artikkeliden määrät eri tietokannoista ja niiden valinta on esitetty kuviossa 1.

**KUVIO 1.** Tutkimuksessa käytetyt tietokannat ja valintaprosessin kulku



## Aineiston analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin taulukoimalla tiedot (data extraction). Taulukkoon kerättiin kirjoittajat, julkaisuvuosi, artikkelin otsikko, aihe tai tutkimuskysymys, teoreettinen malli, aineisto ja menetelmät, keskeiset tulokset ja jatkotutkimusaiheet. (Taulukko 2.). Tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi taulukon tuloksista tehdään yhteenveto sisällön analyysin periaateella yhdistelemällä samansisältöisiä asioita toisiinsa. Muilta osin taulukkoon kerätyt tiedot taustoittavat sitä, miten tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena olevaa ilmiötä on tutkittu ja millaiset tausta teoreettiset mallit ovat tutkimusten lähtökohtina. Tulososassa tukipalvelujen muodot raportoidaan käyttäen englanninkielisiä termejä, koska niille ei ole vastaavaa suomenkielistä termiä.



## TUTKIMUKSEN TULOKSET

Analyysissä mukana olleet artikkelit olivat kaikki pääsosan peräisin Euroopasta. Vain yksi artikkeli *"Clinical bioethics integration, sustainability and accountability: the Hub and Spokes Strategy"* oli Pohjois-Amerikasta, Kanadasta. Kaksi artikkelia; *"The role of emotions in moral case deliberation: Theory, practice, and methodology"* ja *"Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods"* oli Hollannista, yksi artikkeli *"Five-year experience of clinical ethics consultations in a pediatric teaching hospital"* Sveitsistä, yksi artikkeli *"A French Perspective on Hospital Ethics Committees"* Ranskasta ja yksi artikkeli *"Learning a way through ethical problems: Swedish nurses' and doctors' experiences from one model of ethics rounds"* Ruotsista, Suomesta ei ollut mukana yhtään julkaisua. Artikkeleista oli deskriptiivisiä / laadullista 5 ja 1 oli määrällistä.

Määrällisen tutkimuksen aineisto oli kerätty vuosien 2006 – 2010 välisenä aikana tehtyjen komitea käsittelyjen raporteista retrospektiivisesti Sveitsiläisessä pediatriassa sairaalassa. Tänä aikana oli suoritettu kaikkiaan 95 kliinisen etiikan komitea käsittelyä, jotka koskivat 80 eri potilasta. Analyysissä hyödynnettiin Excel-taulukointia, mihin kerättiin potilas demografia, ongelmat joita käsiteltiin, päätökset / suositukset joita tehtiin ja mikäli mahdollista päätösten jälkeiset tapahtumat ja seuraukset. Ennen taulukointia kaikki materiaali oli anonymisoitua. Ainoastaan kliinisen etiikan komitea käsittelyn kautta tehdyt konsultaatiot otettiin mukaan analyysiin.

Katsauksessa mukaan otetuissa artikkeleissa taustalla oli useimmiten alhaalta ylöspäin mukautuva käytännön tarpeista esiin noussut kliinisen etiikan tuen tarve, eikä niinkään mikään eettisen teorian malli. Sovelluksia ja etiikan teorioita on varmasti hyödynnetty, kuten myös ammattieetikoita, kuitenkin pääasiallinen motiivi ei ole ollut luoda teoreettista tietoa, vaan käytännön läheistä tukea apua tarvitseville. Usein oleellisesti vaikuttavina tekijöinä ovat olleet moniammatillisen tiimin jäsenet, joita nämä eettisesti haasteelliset tilanteet erityisesti kuormittavat, ns. henkilökohtainen motiivi, jota tukemaan he ovat sitten löytäneet yhteyden kliinisen etiikan sovellusten ja kouluttautumisen kautta (Taulukko 2).

**TAULUKKO 2.** Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäistutkimukset (luetteloitu julkaisuvuoden mukaan)

Kirjoittajat / Julkaisuvuosi / Alkuperä	Otsikko	Aihe / Tutkimuskysymys (Fokus)	Konsepti / Teoreettinen malli	Aineisto ja menetelmä	Keskeiset tulokset	Jatkotutkimus aiheet
S MacRae, P Chidwick, S Berry, B Secker, P Hébert, R Zlotnik Shaul, K Faith, P A Singer / 2016 / Kanada	Clinical bioethics integration, sustainability and accountability : the Hub and Spokes Strategy	Käytännön tarpeista noussut pohdinta, miten vastata nykyajan haasteisiin; 1) yksinäinen bioetikko, 2) integraation puute, 3) heikko toiminnan jatkuvuus(sustainability) , 4) suboptimaalinen toiminnan laatu ja raportointi → ts. toiminnan kehittäminen käytännön tarpeista	<b>The Hub and Spokes Strategy,</b> Hallinnollinen strukturi malli organisaatio tasolle.  Ei esittele metodia suoranaisesti käytännön työhön, mutta pitää sisällään ”bioetikko”- käsitteen.	Strategian kehittäminen ja pilotointi JCB:n alueella. Olemassa olevien resurssien kautta (The Joint Centre for Bioethics, University of Toronto + 10 sairaalaa).	Kliinisen bioetikon roolin kehitys ja uudelleen organisoiminen.  Kliinisen etiikan integroiminen, toiminnan ylläpitäminen ja ajan vaatimusten täyttäminen laajalla alueella pienillä resursseilla.	Mitä ovat spesifiset tavoitteet bioetikolla?  Miten priorisoida työ?  Mistä tietää onko bioetikko tehokas? ts.palvelun vaikuttavuus.  Mitkä ovat kliinisen etiikan tavoitteet ja vaikuttavuus?

Jürg C. Streuli, Georg Staubli, Marlis Pfändler- Poletti, Ruth Baumann- Hölzle, Jörg Ersch / 2013 / Sveitsi	Five-year experience of clinical ethics consultations in a pediatric teaching hospital	Kliinisen etiikan konsultaatioiden vaikuttavuuden tutkimus viiden vuoden ajalta.	<b>"The Zurich model".</b> Kliinisen etiikan konsultaatio- malli. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 7-step protocol</li> <li>2. Intensive care unit protocol</li> </ol>	95 Kliinisen etiikan konsultaatiota, viiden vuoden aikana = 80 potilasta.  Retrospektiivinen tutkimus kliinisen etiikan tuen soveltamisesta pediatriseen hoitoon sairaalassa.	Selkeän protokollan hyödyntäminen vähensi tiimien sisäistä erimielisyyttä hoitolinjauksista 21%--> 10% ja konsensus hoitopäätöksissä oli 98%.  Mallin hyödyntäminen vähensi jännitteitä hoitolinjausten ja yksilöllisten elämäkatsomuste n välillä.	Lisätutkimusta kliinisen etiikan soveltamisesta ja sen vaikutuksista potilaisiin, heidän perheisiinsä ja hoitotiimiin.

Bert Molewijk, Dick Kleinlugtenbelt, Guy Widdershoven / 2011 / Hollanti	The role of emotions in moral case deliberation: Theory, practice, and methodology	Tunteiden rooli (Aristoteelinen näkemys) eettisen pohdinnan tukena terveydenhuollon päätöksen teossa.	<b>Moral Case Deliberation-metodi.</b>  Fasilitaattori vetoinen tapauskäsittely.	Ei aineistoa.  Teoreettinen pohdinta ja perustelut tunteille.  Tunteiden käsitteellistäminen.	Metodin esittely; ”Moral Case Deliberation”. Käytäntö ja teoreettinen pohja.  Tunteiden mukana olo lisäsi prosessin laatua, perusteellisuutta ja persoonallisuutta	Ei jatkotutkimus ehdotuksia.
Jean-Christophe Mino, Laure Copel, Jean-Michel Zucker / 2008 / Ranska	A French Perspective on Hospital Ethics Committees	Laki velvoite (1980) Research regulations. - National Ethics Committee = CCNE (1983) - Institutional Review Boards = CCPPRB / CPP (1998)  tutkimusetiikan vaatimusten täyttämiseksi + paikalliset eettiset toimikunnat	<b>Project Ethique-</b> Struktuuri. (päättöksenteko/ institutionaalinen haaste). 1) Clinical ethics seminars. 2) Institutional Plenary Group (20 hlöä / 2yrs term). 3) Intervention Team (3 + 3 hlöä / 4 yrs).	Ei aineistoa.  Projekti on esitelty ja annettu perusteet miksi ja mitä on tehty kliinisen etiikan saattamiseksi kiinteäksi osaksi käytännön työtä.	Ei tuloksia.  Kyky kuunnella ilman arvostelua ja kykyjä analysoida, kommunikoida ja toimia välikätenä (mediating)	Ei jatkotutkimus ehdotuksia

M Svantesson, R Löfmark, H Thorsén, K Kallenberg, G Ahlström / 2007 / Ruotsi	Learning a way through ethical problems: Swedish nurses' and doctors' experiences from one model of ethics rounds	Eettisen kierto-mallin arviointi sairaanhoitajien ja lääkäreiden kuvaamana.	<b>Ethics rounds-</b> malli.  Eetikko-Filosofin vetämät moniammatilliset potilas / case keskustelut.	Kolmessa sairaalassa pidettyjen Ethic rounds -keskustelujen analysointi; Osallistujienhaastattelut kokemuksista (7 lääkäriä, 11 sairaanhoitajaa) ennen ja jälkeen Ethic rounds – keskustelujen.  Induktiivinen sisällön analyysi.	Tärkeintä on, että on säännöllinen mahdollisuus moniammatilliseen tiimin sisäiseen dialogiin yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi vakavasti sairaiden potilaiden hoidossa.  Ulkopuolinen moderaattori / keskustelujen ohjaaja nähtiin oleellisena osana varmistamassa eettinen osaaminen.	Mallin testaaminen jatkotutkimuksen avulla, ennen kuin sitä voidaan täysin hyödyntää kliinisessä työssä eettisesti haasteellisten tilanteiden ratkaisemiseksi.

Norbert Steinkamp, Bert Gordijn / 2003 / Hollanti	Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods	Neljän eri metodin esittely ja niiden välistä vertailua ja soveltuvuutta kliinisen etiikan tukimuotoina.	<b>Ethics Case Deliberation</b> / Fasilitaattori vetoinen tapauks käsittely	Ei aineistoa.  Teorian pohdintaa käytännön kokemusten kautta; Mikä metodi olisi sovelian eri tilanteissa?	Moraalisten tapausten käsittelyssä on useita eri filosofisia metodeja, joista mikään ei yksistään ole toista parempi tai soveltuvampi.  Tarvitaan harkintaa millaiseen ongelmaan tulee hyödyntää mitäkin metodia. Artikkeli ehdottaa luokittelua; 1. Tilanteen 2. Ajankohda n 3. Tavoitteide n Mukaisesti.	Ei jatkotutkimus ehdotuksia.

## Kliinisen etiikan tukipalvelut

Tutkimuksissa käytetyt tukipalvelut olivat; kliinisen etiikan komiteat, eri muodoissaan. Kliinisen etiikan komitean jäseniä ei erityisesti eritelty, kuin yhdessä artikkelissa (Mino ym. 2008), missä oli selkeä ohje tai selostus ketä ryhmään kuuluu ja kuinka ryhmä toimii dynaamisesti. Fasilitaattori vetoisia eettisiä keskusteluita esiteltiin kolmessa artikkelissa. (Steinkamp & Gordijn 2003, Svantesson ym. 2008, Molewijk ym. 2011.) Molemmat Hollantilaiset artikkelit käsittelivät *'moral case deliberation'* metodologiaa ja ruotsalainen artikkeli esitteli *'ethic rounds'* metodin, missä eetikko toimii keskustelua johtavana fasilitaattorina ja keskusteluun osallistuu moniammatillinen henkilöstö, jota ei ole erikseen määritelty. Keskustelun aiheet koskevat kunkin yksikön potilasmateriaalia, joka päätetään keskustelun aikana.

Pohjois-Amerikassa ja Ranskassa on käytössä lakiin perustuva etiikan tukipalvelut. Pohjois-Amerikassa se on pääosin bioetikko vetoinen toiminta, jossa bioetikolla on valta-asema luoda suosituksia ja ohjeistuksia perustuen arvoihin ja normeihin, mitä kukin tapaus pitää sisällään. (MacRae ym. 2005.) Ranskassa taas on eurooppalaista mallia edustava strukturaalinen organisaatio malli, missä on hyvin selkeät kriteerit toiminnalle. Ohjeistukset esimerkiksi ryhmien muodostamiseen, kokoonpanoon ja toimintakauteen. Eettinen pohdinta on vähemmän autoritääristä ja enemmän keskustelevaa, konsensus hakuista, moniammatillista arvojen ja normien esille nostamista. (Mino ym. 2008.) Toinenkin strukturaalinen organisaatioiden toimintaa ohjaava malli esiteltiin Kanadalaisessa artikkelissa; *'Hub & Spokes'* malli. Tässä mallissa bioetikoiden yhteistyö ja toiminta on kollektiivisempaa ja saanut vaikutteita eurooppalaisesta ajattelusta. Pyrkien vähentämään yhden ammattilaisen taakkaa ja samanaikaisesti laajentaen palvelujen saatavuutta tarkoituksen mukaisen hallinnon kautta. (MacRae ym. 2005.)

Viimeinen tukipalvelun muoto mitä tuli esille oli kliinisen etiikan komitea ja heidän tekemä refleктоiva analyysi oman toiminnan tuloksista ja niitä hyödyntäen kehittivät omaa eettistä toimintaansa tarkoituksen mukaisemmaksi, eli retrospektiivinen, refleктоiva analyysi kliinisen etiikan toiminnasta ja sen vaikutuksista käytännön päätöksen tekoon. Toiminnasta johdetut analyysit miten se on vaikuttanut kliinisesti ja kuinka kannattavaa toiminta on ollut. (Streuli ym. 2014.)

## Tukipalvelujen hyödyntämien terveydenhuollon organisaatioissa

Artikkeleissa pääasiallinen kliinisen etiikan metodi, jota käytettiin päätöksen teon tukena oli fasilitoitu, strukturaalinen keskustelu moniammatillisessa ryhmässä. Pieniä nyansseja ja eroja oli havaittavissa, mutta keskeisin käytössä oleva tukipalvelu oli kliinisen etiikan komitea ja/tai refleктоiva dialogi fasilitaattorin vetämänä. (Svantesson ym. 2008, Molewijk ym. 2011, Streuli ym. 2014.)

Asian selkeyttämiseksi on tehtävä kuitenkin selväksi millaisia eroavaisuuksia oli havaittavissa. 'The Zurich model'; Konsultaatioiden onnistuminen on riippuvainen standartoidusta mallista miten konsultaatiot hoidetaan ja institutionaalisesti selkeä ja läpinäkyvä perusta arvoille ja normeille. Mallissa hyödynnettiin kahta erilaista strukturoitua metodia, 7-step protokolla ja tehohoidon protokolla, mikä perustui enemmän maksimaalisen ja rajoitetun hoidonlinjausten arviointiin. Kumpikin metodi perustui n.60-90min. mittaisiin moderaattori vetoisiin moniammatillisiin tapauskeskusteluihin. Lisäksi mallissa todetaan erityinen tarve säännöllisesti arvioida tehtyjä päätöksiä ja niiden vaikutukset tiimille, sekä perheille. (Streuli ym. 2014.)

'Emotions in moral case deliberation'; Tunteiden teoreettisen, metodologisen ja käytännöllisen aspektin käsitteleminen kuuluu osaksi eettistä pohdintaa. Osallistujien ja fasilitaattorin täytyy oppia refleктоimaan tunteitaan moraalisen pohdinnan äärellä ja löytää se "kultainen keskitie", miten omat tunteet on syytä käsitellä ja asettaa perspektiiviin oman kulttuurinsa mukaisesti hyväksyttävällä tavalla haasteellisten asioiden pohdinnan aikana eettisesti / moraalisesti kestävä ratkaisun aikaansaamiseksi. (Molewijk ym. 2011.)

'Ethics rounds-malli'; missä organisaation ulkopuolinen, eetikko tai etiikan koulutusta saanut ammattilainen toimii keskustelun vetäjänä l. fasilitaattorina. Pyrkimyksenä on mennä organisaatiossa toiminta yksikköön ja luoda dialogia eettisesti haasteellisista potilastapauksista siellä työskentelevien ammattilaisten kesken. Fokuksena on hyvä, avoin dialogi, jonka tukena on eetikon analyysi arvoista ja normeista faktojen taustalla. (Svantesson ym. 2008.)



Strukturaalista toimintamallia tukipalveluiden saattamiseksi potilaiden hoitoon edustivat; 'A French Perspective' ja 'Hub and Spokes' artikkelit. (MacRae ym. 2005, Mino ym. 2008) Ranskalainen "Project Ethique"- struktuuri on organisaation toimintamalli, jonka tavoitteena on stimuloida ja kannustaa terveydenhuollon ammattilaisia itsereflektioon kliinisesti haasteellisten tilanteiden tullessa vastaan (päättöksenteko tai institutionaalinen haaste). Lähtökohtana tälle toimintamallille on ollut havainto, että aiemmat standardit eivät täyttäneet nykyisiä tutkimusetiikan vaatimuksia. Haluttiin myös luoda paikallisia eettisiä toimikuntia. Toiminta on lähtöisin Pariisista. Heidän aloitteesta kehitettiin koulutusta ja strategiaa. Ranskan bioetiikan lait eivät ole suunniteltuja suojelemaan yksilön autonomiaa. Lakijärjestelmä ei anna mahdollisuutta yksilön asettua vastustamaan lääketieteellisiä päätöksiä ja toimia. Näin tarvittiin jotain uutta tukemaan nykyajan poliittisia ja kulttuurillisia muutoksia Ranskan terveydenhuollossa. Artikkelin mukaan luotu toimintamalli näyttäisi olevan hyödyllinen struktuuri, avustaen terveydenhuollon henkilökuntaa fasilitoimaan muutosta toiminnassa, ilman että ammatillinen vastuu kärsii. Pääpainotus on analyysissä ja keskustelussa (dialogissa). Projektin tarkoitus ei ole poistaa päättöksenteko vastuuta henkilökunnalta, sen sijaan olla tukena ja auttaa heitä arvioimaan haasteita ja käytännön ongelmia, joita tulee eteen ajan ja politiikan muuttuessa. Tämä ei ehkä tee työstä helpompaa, mutta varmasti älyllisesti enemmän relevanttia ja moraalisesti rehellisempää. Tavoitteena ei ole saavuttaa konsensusta tai edes tehdä neuvoa antavia suosituksia, vaan sen sijaan saattaa esille useita eri näkökulmia ja argumentteja laajemman keskustelun aikaansaamiseksi. (Mino ym. 2008.)

Pohjois-Amerikkailen struktuuri eettisen tukipalveluiden turvaamiseksi 'Hub and Spokes' esittelee bioetikko mallin hyödyntämisen ja toiminnan tukemisen alueilla, missä ei ole laajaa tukiverkostoa sairaalan sisällä. Tai sairaalassa voi olla, ettei ole lainkaan bioetikkoa, jolloin alueen potilaat ovat eriarvoisessa asemassa suhteessa alueeseen, mistä bioetikon tuki on saatavilla. Strategia kehittyy ja laajenee käytännön toiminnan kautta kokemusten ja arviointien seurauksena. Inspiraation lähtökohtana on ollut organisaation sisäinen tarve / käytännön kokemukset ja kaupallinen(business) kirjallisuus, sekä vuosien yhteistyö kansallisesti ja kansainvälisesti kliinisen etiikan yhteisöissä ja tukiverkostoissa. (MacRae ym. 2005.)

## POHDINTA

Artikkelien analyysin jälkeen käy yhä selvemmin esille terveydenhuollon käytänteiden murros, enää ei ole samankaltaista hierarkiaa kuin ennen, nykyisin potilaalla on enemmän valtaa ja heidän vaatimuksensa ovat etualalla. Lääkäriin hierarkinen valta on poistumassa, ellei jo kokonaan poistunut. Terveydenhuollon toiminnan asetelmat tai käytänteet ovat selkeästi murroksessa, missä vallan suunta on kääntynyt. Aiemmin tieto eli valta oli yksin lääkärin harteilla, nykyisin tietoa on erittäin paljon myös potilailla. Merkittävimmät syyt tähän ovat internetin vallankumous ja teknologinen kehitys. Lääkäriin ammatti on tavallaan arkipäiväistynyt, heidän osaamisensa on edelleen arvostettua ja koulutus hyvin korkealaatuista, mutta kansalaiset, potilaat ymmärtävät ja tietävät myös enemmän mitä aiemmin. Sitä kautta he myös haluavat aktiivisemmin osallistua omaan hoitoonsa ja saada omia näkemyksiään mukaan, kun tehdään päätöksiä hoitolinjauksien suhteen. Enää pelkkä lääkärin määräys ei riitä, vaan potilaan tulee saada mahdollisuus vaikuttaa tähän päätöksentekoprosessiin. Potilaan ääni on selkeästi kuuluvampi kuin koskaan aiemmin. (Topol 2015.) Tämä on yksi suurista muutoksista, mihin vastaamiseksi terveydenhuollon on täytynyt uudistaa itseään. Prosessi on dynaaminen ja jatkuva.

Vaikka tähän tutkimukseen löytyi vain kuusi artikkelia, joissa kuvattiin eettisen päätöksenteon tukipalveluita niin niitä on muodostunut kiihtyvällä tahdilla maailman laajuisesti. Kulttuuri on levinnyt jo lähes globaalisti. Pääpaino on kuitenkin Pohjois-Amerikassa ja Manner-Euroopassa kuten tämä katsaus osoittaa. Valtiot tukevat toimintaa ja organisaatiot yksi kerrallaan havahtuvat asian äärellä huomaamaan kliinisen etiikan vaikuttavuuden ja tarpeen. (Schildmann *ym.* 2013, NSW Ministry of health 2015.) Toiminta on kuitenkin alhaalta ylöspäin kehittyvää, missä lopulta ratkaisevin asia on se, että organisaatio tunnistaa tarpeen ja näkee sen hyödyllisyyden. Tämä toteutuu ainoastaan, jos kliinisen työn asiantuntijat, ne hoitotyön ammattilaiset, jotka ovat vastuussa hyvästä hoidosta ja kohtaavat nämä arjen haasteet päivittäin näkevät arvoa kliinisen etiikan toiminnalla. (NSW Ministry of health 2015.) Heidän tulee kokea, että toiminta hyödyttää heitä. Heidän tulee myös ymmärtää, ettei kliinisen etiikan tukipalvelulla ole tarkoitus viedä pois sitä päätöksentekovaltaa tai vastuuta, mikä hoitotyön ammattilaisella on. Tukipalvelu ei voi olla uhka, vaan sen tulee tunnustautua selkeästi työkaluksi, joka edesauttaa toiminnan sujuvuutta. (Bartholdson *ym.* 2014,

Bergman & Fiester 2015, Hem *ym.* 2015, NSW Ministry of health 2015.) On olemassa keinoja, jotka tukevat eettisesti haasteellisten tilanteiden käsittelyä; klinisen etiikan erilaiset työryhmät / komiteat, fasilitaattori vetoiset eettiset keskustelut erilaisten metodien avulla, organisaation struktuureihin upotet toimintamallit, jotka velvoittavat ja ohjeistavat toimimaan tietyn ennalta sovittujen askelmerkkien tavoin. (Steinkamp & Gordijn 2003, Svantesson *ym.* 2008, Molewijk *ym.* 2011, Bartholdson *ym.* 2014.)

Toinen hieman vastaava toimintamalli on bioetikon rooli, missä etiikan ammattilainen on keskustelujen autoritääriinen tuki (MacRae *ym.* 2005). Hänen roolinsa on kuulla faktat, nostaa esille relevantit arvot ja normit, joiden pohjalta analysoi mahdolliset konfliktit ja tuottaa lopulta suosituksen miten asia olisi parhaiten ratkaistavissa.

Tukipalvelut voidaan karkeasti jakaa myös maantieteellisesti siten, että Pohjois-Amerikassa, mistä liike on saanut alkunsa on enemmän käytössä autoritääriinen bioetikko malli. (Hem *ym.* 2015, NSW Ministry of health 2015.) Muualla maailmassa on enemmän käytössä fasilitoiva, konsensukseen pyrkivä moniammatillinen lähestymistapa, missä kuitenkin on iso fokus sille, että mukana tulee olla etiikan koulutusta saanut ammattilainen, joka voi olla organisaation sisältä, mutta mieluummin joku organisaation ulkopuolinen henkilö, jolla on hyvä käsitys miten terveydenhuollossa toimitaan, mutta ei kuitenkaan liity siihen läheisesti.

Terveydenhuollon arjessa vastaan tulevien eettisesti haasteellisten tilanteiden ratkaisu ei ole koskaan yksinkertaista. Päätösten tekeminen ja vastuunkantaminen kuuluu lähes aina lääkärille, mutta kuitenkin toiminnassa eli hoitotyössä on kyse kokonaisuuksista. Tällöin mukana ovat kaikki moniammatillisen yhteistyön eri ammattilaiset ja potilas perheineen. Suurin osa tuki palveluiden hyödyntämisestä on tapauskohtaisia pohdintoja, missä faktat, osalliset ja mahdolliset konfliktit pyritään analysoimaan ilman, että tunteet tai mielipiteet pääsevät vaikuttamaan siihen perimmäiseen päämäärään. Päämäärään, joka perustuu vallitsevaan kulttuuriin ja siellä yleisesti hyväksytyihin arvoihin ja normeihin. Tässä prosessissa etiikan tuntemus ja kollektiivinen prosessi on suojaamassa yksilöä liialliselta vastuulta ja paineelta, joka pahimmassa tapauksessa voi johtaa stressin ja työssä koetun henkisen taakan lisääntymiseen. Päätöksentekoprosessi ei ole pelkästään toimintaa, vaan se pitää sisällään myös strukturaalisia toimintaohjeita, jotka ohjaavat kaikkien työntekijöiden toimintaa. Kliinisen etiikan komiteoissa on yhtenä keskeisenä toimintamuotona ohjeistusten ja protokollien muodostamisen tuki ja analysointi.

Organisaation prosessit vahvistuvat, kun siellä on eettisen komitean pohdinnat taustalla.

Ilman eettistä pohdintaa ja kansakunnan yhteistä moraalialue yhteiskunnassa vallitsisi jatkuva anarkia. Ihmisten hyvinvointi olisi kyseenalaista. Yhteiskuntajärjestelmämme olisi todellakin hyvin erilainen, mitä se tänä päivänä on. Yhteiskunnan tavoin hyvä hoitaminen perustaa kivijalkansa eettisesti pitäviin valintoihin. Me kaikki olemme yhteisesti vastuussa omasta tulevaisuudestamme. (Jameton cop. 1984.) Kaikille meistä on tahdostamme riippumatta mahdollista joutua kokemaan tilanne, jossa kokee olevansa hoitaja tai potilas. Miten selviämme rooleistamme kunnialla, riippuu yksilön valinnoista ja vallitsevasta moraalikäsitteestä. Terveysthuollon eettinen arvopohja on säilynyt perinteisenä jo yli parituhatta vuotta. Elämän kunnioittaminen, hyvän tekeminen, vahingoittamisen välttäminen ja oikeudenmukaisuus ovat edelleen keskeisiä periaatteita, joihin nykyisin kuuluvat myös potilaan itsemääräämisoikeuden ja elämän arvokkuuden korostaminen. (ETENE 2001, ETENE 2011.) Jotta Suomi voisi jatkaa kulkuaan yhtenä terveysthuollon malliesimerkkinä maana maailmassa on meidän oltava esimerkkinä myös eettisyyden edistämisessä. Suomessa tulee tehdä tältä alueelta uutta tutkimusta ja luoda uutta tietoa, siten varmistamme kestävästä kehityksestä.

## TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA

Tutkimusta suoritetaan sen jokaisessa vaiheessa ylläpitäen hyvää tieteellistä käytäntöä, mikä tässä tutkimuksessa tarkoittaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta kaikissa tutkimustyöhön ja sen vaiheisiin liittyvissä asioissa, tukeutuen hyvään ohjaukseen. Tutkimusta tehdessä kunnioitetaan muiden tutkijoiden työtä, viittaukset suoritetaan huolellisesti ja huomioidaan toisten tutkijoiden tekemä työ asianmukaisesti. (Hallamaa & Aaltonen 2006.) Kaikki tutkimukseen valitut artikkelit ovat julkaistu vertaisarviointia käyttävissä lehdissä. Tutkijaa johdattelee periaate äärimmäisestä rehellisyydestä ja luotettavuudesta tutkittavaa aihetta kohtaan. (Hallamaa & Aaltonen 2006.)

Tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä on myös tutkijan avoimuus ja rehellisyys työn kirjaamisessa; prosessin eri vaiheiden ja tutkimuksen etenemisen tarkassa kuvauksessa. Lukija saa yksityiskohtaisen käsityksen tutkimuksesta ja sen vaiheista. Perusteltavuus on myös yksi luotettavuuden osa laadullisessa tutkimuksessa eli tutkija osaa selittää havainnot uskottavalla tavalla viitaten merkitykselliseen kirjallisuuteen. (Polit & Beck 2011.)

Kirjallisuuskatsauksessa on tärkeää kuvata aineiston keruu tarkasti, tämä lisää työn luotettavuutta. Samalla aineiston keruun yksityiskohtainen kuvaus mahdollistaa katsauksen toistamisen. Kaikki katsauksessa tehdyt rajaukset tulee perustella ja kirjata tarkasti. (Johansson ym. 2007.) Esille tulevat myös tutkijan omat ennakko-odotukset, taustatekijät tutkimusaiheeseen ja aineiston analysointi. Perusteltavuus on myös yksi luotettavuuden osa laadullisessa tutkimuksessa eli tutkija osaa selittää havainnot uskottavalla tavalla viitaten merkitykselliseen kirjallisuuteen. (Polit & Beck 2011.)

Pro gradu työn vaiheet mukailevat tieteellisen kirjallisuuskatsauksen metodia, mutta aikajanallisesti pitkittynyt työvaihe tutkijan resurssien rajallisuuden vuoksi on päädytty mukaan otettujen tutkimusten laadunarvioinnin suhteen vain itse tutkijan toimesta tehtyyn valintaan. Lisäksi tutkimuksen luotettavuutta heikentää se, että prosessi ei ollut täysin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen suositusten mukainen. Laadun arviointia ei tehty eikä toinen tutkija ollut apuna analysoimassa mukaan otettavia tutkimuksia.

Myöhemmässä vaiheessakin toimin itsenäisesti, kun metodien laatua ja luotettavuutta pohdin. Tutkijana tiedostan sen, että tällä prosessilla on suuria laadullisia vaikutuksia lopputuloksen tieteellistä tasoa arvioitaessa. (Webb & Roe 2007, Khan ym. 2011, Pölkki ym. 2012.)

Alkuperäistutkimusten valinnassa mukaan otettiin täsmällisesti ne tutkimukset, jotka olivat olennaisia tutkimuskysymysten kannalta ja ne oli määritelty ennen varsinaista valintaa. (Johansson ym. 2007, Khan ym. 2011.) Kaikkia artikkeleita ei kuitenkaan saatu mukaan analyysiin, koska osa artikkeleista olivat julkaisuissa, mitä Oulun yliopiston kautta ei ollut mahdollista saada käyttöön.

Lopuksi merkittävin tutkimuksen luotettavuutta heikentävä tekijä on Pro Gradu tutkielma prosessin kokonaiskesto, joka ylittää selkeästi hyvän tutkimuksen kriteerin. Koska prosessi on kestänyt useita vuosia on aineistojen hakujen ajantasalla oleminen kyseenalaista ja mahdollisten uusien julkaisujen pois jääminen on selkeä laatua heikentävä asia.

## JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän katsauksen mukaan on olemassa seuraavia kliinisen etiikan tukipalveluja: autoritääriinen bioetikko malli, fasilitoitu tapauskäsittely erilaisilla lähestymistavoilla, eettinen kiertomalli (ethic rounds) ja erilaiset kliinisen etiikan komiteat, sekä strukturaaliset organisaatioiden toimintamallit, missä on ennalta määritellyt ohjeistukset ryhmien muodostamisesta, toiminnasta ja tavoitteista. Organisatoriset mallit vaihtelevat tarpeiden mukaisesti ja ovat kulttuurisidonnaisia.

Näistä vanhin malli on bioetikko malli, joka on yleisesti käytössä Pohjois-Amerikassa. Bioetikko on etiikan ammattilainen, jota konsultoidaan eettisesti haasteellisissa tilanteissa. Hän on organisaation palveluksessa ja hänellä on toimivaltaa tapauksiin liittyen siten, että hän voi muodostaa suosituksia ja päätöksiä, joita hoitavan lääkärin tulee huomioida tehdessään hoitopäätöksiä. Euroopassa enemmän käytössä oleva fasilitoitu tapauskäsittely malli on enemmän konsensus hakuinen moniammatillinen dialogi eettisesti haasteellisen potilastapauksen äärellä. Fasilitoitu tapauskäsittely eroaa bioetikko mallista myös siinä, ettei se pyri luomaan suosituksia tai päätöksiä, vaan päätöksenteko vastuu säilyy hoitavalla taholla. Tapauksen käsittely toimii ainoastaan kattavana työkaluna, joka luo kokonaisvaltaisen kuvan tilanteesta, minkä pohjalta hoitava taho voi helpommin tehdä hoitopäätöksiä. Eettinen kierto malli on taas eräänlainen hybridi Pohjois-Amerikkalaisesta bioetikko mallista ja eurooppalaisesta fasilitoidusta tapauskäsittelystä. Eettisessä kiertomallissa keskustelun vetäjänä toimii eetikko, mutta päätöksenteko valtaa hänellä ei ole. Eetikon tehtävänä on ainoastaan nostaa esille moniammatillisen hoitohenkilöstön keskustelusta ne keskeiset eettiset arvot ja normit, jotka ovat ydin asemassa. Tätä kautta eetikko johdattelee keskustelua ja antaa huomautuksia, joiden avulla moniammatillinen tiimi vie dialogia eteenpäin, pyrkien konsensukseen. Tässäkin mallissa on eurooppalaiseen kulttuuriin sopien päätöksenteko vastuu aina hoitavalla taholla, eikä keskustelun vetäjällä. Viimeinen katsauksessa esille tullut kliinisen etiikan tukipalvelun muoto on kliinisen etiikan komiteat. Tämä tuen malli on laajalti levinnyt globaali toimintamalli. Tästä syystä se on myös eniten eroavaisuuksia sisältävä tukimuoto. Komiteoiden moniammatillinen koostumus, koko ja toimintakausi vaihtelee, mutta kaikissa lähtökohtaisesti on kyse strukturaalisesta mallista, joka on organisaation hallinnon alainen toimielin. Tavoitteenaan lisätä etiikan hyödyntämistä

kliinisessä potilastyössä.

Kliinisen etiikan tukipalveluja hyödynnetään terveydenhuollon organisaatioissa hoitotyön kliinisissä päätöksenteossa eniten haasteellisten potilastapausten käsittelyssä, etenkin hoitolinjausten päätöksenteossa. Hyvin usein kyse on potilastapauksesta missä on olemassa erilaisia hoitovaihtoehtoja ja niiden välillä ei kyetä suoraan sanomaan, kumpi tai mikä tapa olisi se oikea. Tällöin tueksi tarvitaan jokin kliinisen etiikan tukimuoto.

Lisäksi voidaan todeta johtopäätöksenä, että terveydenhuollossa on selkeä tarve tukea ammattilaisia heidän työssään haastellisten potilastapauksien hallinnassa ja niihin liittyvissä päätöksentekoprosesseissa. Vaikeita tilanteita tulee eteen päivittäin ja jos päätöksenteko on ilman organisaation luomaa tukea tämä voi johtaa moraalisen taakan lisääntymiseen.



## JATKOTUTKIMUS- JA JATKOKEHITTÄMISEHDOTUKSET

Kliinisen etiikan toiminnalla alkaa olla vahvat perinteet ja useampi malli, mistä organisaatiot kykenevät valitsemaan omaan kulttuuriinsa sopivia ratkaisuja. On selvää, että kehitystä tapahtuu nopealla tahdilla, yhtäaikaaisesti eri puolilla maailmaa. Tässä katsauksessa käy esille, että tieteellistä tutkimusta on kuitenkin edelleen hyvin niukasti saatavilla.

Kliinisen etiikan toimintamallien vaikuttavuuden arviointia ei ole käytännössä laisinkaan. Tällä hetkellä on useita hankkeita missä kyseisiä mittareita pyritään luomaan ja sitä kautta saattamaan arviointia käytännön työhön. Tarvitaan kipeästi toimia, jotka analysoivat kliinisen etiikan vaikutuksia hoitotyön kustannuksiin, laatuun ja henkilökunnan, sekä potilaiden hyvinvointiin. Toistaiseksi laadukkaita mittareita ei ole kehitetty. Yksi syy tähän on eettisessä, kulttuurisidonnaisessa todellisuudessa. Asia ei ole määrällisesti ratkaistavissa, eikä laadulliset analyysit välttämättä sovellu oman organisaation kulttuuriin. Tästä syystä enemmän julkista keskustelua ja kulttuurirajoja ylittävää ammatillista yhteistyötä tulisi olla sekä eettisten tukipalvelujen kehittämisessä että tutkimisessa. Kansainväliset koulutukset ja konferenssit ovat erinomaisia foorumeita tämän kaltaisen tiedon kehittämiseen ja kulttuurien yhtenäistämiseen. Maapallo ei koskaan tule olemaan yhtä, homogeenistä kulttuuripohjaa, missä kaikki ymmärtävät toisiaan ja hyväksyvät samat arvot ja normit, joiden pohjalta toimitaan. On kuitenkin täysin selvää, että mahdollisuudet oppia toisiltamme ovat olemassa ja sitä kautta tarvetta tiedon jakamiselle ja käytänteiden yhteiselle testaamiselle on. Monikansalliset työryhmät, jotka voisivat koordinoita kukin omissa maissaan toimintaa on varmasti seuraava askel, jossa toivoisin saavani mahdollisuuden olla mukana.

## LÄHTEET

- Bandman EL & Bandman B (1995) Nursing ethics through the life span. Norwalk (Conn.), Appleton & Lange.
- Barnard D, Street A & Love AW (2006) Relationships between stressors, work supports, and burnout among cancer nurses. *Cancer Nurs* 29(4): 338-345.
- Bartholdson C, Pergert P & Helgesson G (2014) Procedures for clinical ethics case reflections: An example from childhood cancer care. *Clini Ethics* 9(2): 87-95.
- Barthow C, Moss C, McKinlay E, McCullough L & Wise D (2009) To be involved or not: factors that influence nurses' involvement in providing treatment decisional support in advanced cancer. *EUR J ONCOL NURS* 13(1): 22-28.
- Bergman EJ & Fiester A (2015) Teaching and Learning the Techniques of Conflict Resolution for Challenging Ethics Consultations. *J Clin Ethics* 26(4): 312-314.
- Cohen JS & Erickson JM (2006) Ethical dilemmas and moral distress in oncology nursing practice. *Clin J Oncol Nurs* 10(6): 775-780.
- Corley MC, Minick P, Elswick RK & Jacobs M (2005) Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics* 12(4): 381-390.
- Dix D, Gulati S, Robinson P, Syed I & Klassen A (2012) Demands and rewards associated with working in pediatric oncology: a qualitative study of Canadian health care providers. *J Pediatr Hematol Oncol* 34(6): 430-435.
- ETENE (2011) Sosiaali- ja terveystieteiden perusta. Helsinki, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunta.
- Hallamaa J & Aaltonen K (2006) Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki, Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Hem MH, Pedersen R, Norvoll R & Molewijk B (2015) Evaluating clinical ethics support in mental healthcare: A systematic literature review. *Nurs Ethics* 22(4): 452-466.
- Jameton A (cop. 1984) Nursing practice : the ethical issues. Englewood Cliffs, N.J, Prentice-Hall.
- Johansson K, Axelin A, Stolt M & Ääri R() (2007) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku, Turun yliopisto.
- Jones MC, Wells M, Gao C, Cassidy B & Davie J (2013) Work stress and well-being in oncology settings: a multidisciplinary study of health care professionals. *Psychooncology* 22(1): 46-53.
- Kääriäinen M & Lahtinen M (2006) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18(1): 37-45.
- Khan K, Kunz R, Kleijnen J & Antes G (2011) Systematic reviews to support evidence-based medicine : how to review and apply findings of healthcare research. London, Hodder Arnold.
- Kiernan G, Meyler E & Guerin S (2010) Psychosocial issues and care in pediatric oncology: medical and nursing professionals' perceptions. *Cancer Nurs* 33(5): E12-20.
- Kuokkanen L, Leino-Kilpi H & Katajisto J (2010) Sairaanhoidajien kokemat eettiset ongelmat hoitotyössä. *Hoitotiede* 22(1): 26-35.
- Lis CG, Rodeghier M & Gupta D (2009) Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology: A review of the literature. *Patient Preference Adherence* 3:

287-304.

- MacRae S, Chidwick P, Berry S, Secker B, Hebert P, Shaul RZ, Faith K & Singer PA (2005) Clinical bioethics integration, sustainability, and accountability: the Hub and Spokes Strategy. *J Med Ethics* 31(5): 256-261.
- Mino J, Copel L & Zucker J (2008) A French perspective on hospital ethics committees. *CAMBRIDGE Q HEALTHC ETHICS* 17(3): 300-307.
- Molewijk B, Kleinlugtenbelt D & Widdershoven G (2011) The role of emotions in moral case deliberation: theory, practice, and methodology. *Bioethics* 25(7): 383-393.
- Mukherjee S, Beresford B, Glaser A & Sloper P (2009) Burnout, psychiatric morbidity, and work-related sources of stress in paediatric oncology staff: A review of the literature. *Psycho-Oncology* 18(10): 1019-1028.
- NSW Ministry of health (2015) Clinical Ethics Support.
- Oberle K & Hughes D (2001) Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of advanced nursing* 33(6): 707-15.
- Polit DF & Beck CT (2011) *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Pölkki T, Kanste O, Elo S, Kääriäinen M & Kyngäs H (2012) Järjestelmällisten kirjallisuuskatsausten metodologinen laatu : katsaus kansainvälisiin ja kansallisiin hoitotieteen julkaisuihin vuodelta 2009-2010. *Hoitotiede* 24(4): 335-348.
- Schildmann J, Molewijk B, Benaroyo L, Forde R & Neitzke G (2013) Evaluation of clinical ethics support services and its normativity. *J Med Ethics* 39(11): 681-685.
- Schluter J, Winch S, Holzhauser K & Henderson A (2008) Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. *Nursing Ethics* 15(3): 304-321.
- Steinkamp N & Gordijn B (2003) Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods. *Med Health Care Philos* 6(3): 235-246.
- Storch JL & Kenny N (2007) Shared moral work of nurses and physicians. *Nurs Ethics* 14(4): 478-491.
- Streuli JC, Staubli G, Pfandler-Poletti M, Baumann-Holzle R & Ersch J (2014) Five-year experience of clinical ethics consultations in a pediatric teaching hospital. *Eur J Pediatr* 173(5): 629-636.
- Sulmasy DP & McIlvane JM (2002) Patients' ratings of quality and satisfaction with care at the end of life. *Archives of Internal Medicine* 162(18): 2098-2104.
- Suomen lääkäriliitto (2013) *Lääkärin etiikka*. Helsinki, Suomen lääkäriliitto.
- Svantesson M, Lofmark R, Thorsen H, Kallenberg K & Ahlstrom G (2008) Learning a way through ethical problems: Swedish nurses' and doctors' experiences from one model of ethics rounds. *J Med Ethics* 34(5): 399-406.
- THL (2015) *Terveystenhuollon menot ja rahoitus 2013*.
- Thompson IE, Melia KM & Boyd KM (2000) *Nursing ethics*. Edinburgh, Churchill Livingstone.
- Topol E (2015) *The Patient Will See You Now: The Future of Medicine Is in Your Hands*. , Basic Books.

### **Elektroniset lähteet:**

Lääkäriliitto (2020) Eettiset ohjeet. URI: <https://www.laakariliitto.fi/laakaran-tietopankki/kuinka-toimin-laakarina/eettiset-ohjeet/>. Luettu 06.06.2020.

Sairaanhoitajaliitto (2020) Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. URI: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet.pdf>. Luettu 06.06.2020. Uudistetut ohjeet tällä hetkellä työnalla.

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto (2020) Lähihoitajan eettiset ohjeet. URI: <https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4599/superliitto-lahihoitajan-eettiset-ohjeet-2019.pdf>. Luettu 06.06.2020.